CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT

DE L'OSTÉOMYÉLITE AIGUË

(FORME D'ABCÈS SOUS-PÉRIOSTIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Janvier 1908

PAR

Jules PASTRE

Né à Bédarieux le 14 juillet 1882

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻)
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiene.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : M. de ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT (✻), *président.*
DE ROUVILLE, prof.-adj.
MM. VEDEL, *agrégé.*
SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR ANTOINE PASTRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE, A MA TANTE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

J. PASTRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR-ADJOINT DE ROUVILLE

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ VEDEL

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ SOUBEIRAN

A TOUS MES MAITRES

J. PASTRE.

INTRODUCTION

Au mois de juillet 1907, M. Pierre Delbet, dans une communication à la Société de Chirurgie, attirait l'attention sur certains points particuliers du traitement de l'ostéomyélite aiguë. S'appuyant sur plusieurs observations personnelles, il s'efforçait de montrer que la théorie de la trépanation osseuse systématique est trop exclusive et que la trépanation peut être quelquefois non seulement inutile, mais dangereuse.

M. le professeur agrégé Soubeiran nous a signalé cette discussion et nous a engagé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale, en nous apportant des observations inédites.

Dans notre étude de la question, nous tâcherons, après avoir exposé la théorie de Lannelongue, généralement adoptée jusqu'à présent, de préciser les indications respectives de la trépanation et des autres interventions chirurgicales applicables à l'ostéomyélite. Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait un travail très original, car tout a été dit sur ce sujet si intéressant et si étudié ; mais nous aurons atteint notre but, si nous avons réussi à formuler une règle thérapeutique précise.

Notre étude comprendra plusieurs chapitres :

Dans une première partie, nous exposerons rapidement

la théorie de Lannelongue et les indications opératoires qu'elle comporte.

Il nous paraît utile de dire ensuite quelques mots sur l'anatomie pathologique de l'ostéomyélite aiguë.

Enfin nous insisterons plus particulièrement sur la conduite à tenir dans les divers cas.

Mais avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier tous nos maîtres de la Faculté de médecine pour l'excellent enseignement qu'il nous ont donné.

M. le professeur agrégé Soubeiran, qui nous a prodigué ses conseils, a droit à toute notre reconnaissance.

Nous remercions aussi MM. les professeurs agrégés Vedel et Galavielle, qui, durant le cours de nos études médicales, ont bien voulu s'intéresser à nous d'une façon spéciale.

Que M. le professeur Tédenat veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT

DE L'OSTÉOMYÉLITE AIGUE

(FORME D'ABCÈS SOUS-PÉRIOSTIQUE)

CHAPITRE PREMIER

LE TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE AIGUE D'APRÈS LANNELONGUE

Parmi les affections des os, l'ostéomyélite est une de celles dont l'histoire a été le mieux étudiée et qui a donné lieu aux travaux les plus nombreux. Mais c'est seulement dans la seconde moitié du siècle dernier que l'on a acquis de cette maladie une notion pour ainsi dire définitive.

Chassaignac, dans les « Mémoires de la Société de Chirurgie » (1854) et dans son « Traité de la Suppuration » (1859), donna une description magistrale des lésions des abcès sous-périostiques et de l'ostéomyélite. Il admit deux maladies distinctes : l'une bénigne, abcès sous-périostique, justiciable de l'incision ; l'autre, plus grave, ostéomyélite proprement dite, pour laquelle l'amputation était indispensable.

L'école de Strasbourg, avec Schutzenberger et E. Bœckel adopta longtemps l'opinion de Chassaignac.

Celui-ci n'avait pas vu les rapports qui unissent ces deux lésions d'une même maladie. Ce fut le professeur Lannelongue, qui, dans une monographie publiée en 1879 sur « l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance », démontra qu'abcès sous-périostés et médullite étaient deux manifestations d'un même processus inflammatoire.

Pour lui, le point de départ de l'inflammation est dans la portion de la diaphyse comprise entre le canal médullaire et le cartilage de conjugaison, dans cette région juxta-épiphysaire qu'il appelle bulbe de l'os. Les lésions du périoste et les abcès sous-périostés sont toujours secondaires. Lannelongue en donne pour preuve ce fait, qu'il se développe souvent à quelques jours d'intervalle plusieurs abcès sous-périostés indépendants les uns des autres autour d'un os atteint d'ostéomyélite.

S'appuyant sur cette conception que le pus se forme à l'intérieur de l'os lui-même, en même temps et souvent même avant qu'il ne se collecte à la face profonde du périoste, Lannelongue est amené à repousser d'une façon systématique l'incision simple de l'abcès sous-périosté.

M. Pion, dans sa thèse inspirée par Lannelongue (Paris 1880), où il met en parallèle les diverses interventions chirurgicales proposées comme traitement de l'ostéomyélite, juge ainsi l'incision simple : « L'incision, considérée au point de vue de ses résultats, est une opération insuffisante. Même employée à une époque rapprochée du début de la maladie, elle ne suffit généralement pas pour enrayer les progrès du mal. Dans les cas où elle modifie l'inflammation des parties molles, elle n'empêche pas la continuation des phénomènes qui se passent vers l'os et la moelle et qui se traduisent par la nécrose et des

abcès intra-osseux. Elle favorise la septicémie et le transport de la maladie à d'autres os, en créant chez le chirurgien une quiétude nullement fondée, quiétude sans laquelle il aurait recours, soit à la trépanation, soit à l'amputation, afin d'enlever le foyer infectieux. Elle ne met pas de plus à l'abri des récidives. »

Après avoir écarté l'incision simple comme une pratique insuffisante et de ce fait dangereuse, M. Pion insiste sur les bienfaits de la trépanation : « Les avantages de la trépanation sont indéniables ; elle entrave les progrès de la maladie en supprimant l'obstacle contre lequel lutte l'inflammation ; elle empêche dans beaucoup de cas les phénomènes septicémiques de se produire en créant une voie par laquelle les collections purulentes renfermées dans le canal osseux peuvent s'évacuer au dehors. Ainsi se trouve réalisé le but vers lequel tend la nature et que le chirurgien doit toujours avoir en vue au moment où il va intervenir. » Et ailleurs : « La présence d'un abcès sous-périosté n'est nullement nécessaire pour l'application du procédé ; on peut même assurer que la trépanation sera d'autant plus efficace qu'on y aura plus promptement recours. »

Comme conclusion, M. Pion formule : « La trépanation doit toujours être appliquée au traitement de l'ostéomyélite et autant que possible à une période rapprochée du début. »

Lannelongue pratique, dans tous les cas, une trépanation dans la région du bulbe après l'incision du périoste ; il en fait une seconde dans la diaphyse pour ouvrir le canal médullaire et drainer l'os aussi parfaitement que possible. Voici textuellement ses conclusions : « Dès que le diagnostic est établi, la trépanation est la seule méthode dont l'opportunité et les indications soient indé-

niables. L'affection ayant son origine constante à l'une des extrémités des diaphyses, c'est en ce point que les désordres sont le plus accusés au début comme plus tard. C'est là un premier lieu pour la trépanation. Mais une simple ouverture sera le plus souvent insuffisante ; elle le sera toujours si le décollement du périoste ou l'abcès périostique s'étend sur une certaine longueur de la diaphyse, d'où la nécessité d'en pratiquer une seconde, d'autant plus nécessaire que, chez les jeunes sujets, le canal médullaire n'arrive pas jusqu'aux épiphyses ; par suite, la première ouverture au lieu d'élection ne saurait l'atteindre. Elle n'en sera pas moins utile et évacuatrice, car le pus existe dans cette région spongieuse, probablement avant d'apparaître dans le canal médullaire. »

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans l'étude des lésions de l'ostéomyélite, on est obligé, pour la commodité de la description, de distinguer plusieurs périodes au processus inflammatoire, mais il faut savoir que le passage d'une phase à l'autre se fait insensiblement et que, dans un même os, on peut les trouver même associées (Lannelongue).

Première phase. — Le foyer primitif, d'après la théorie de Lannelongue, se trouve, comme nous l'avons déjà dit, dans la région du bulbe de l'os, dans cette région juxta-épiphysaire comprise entre le canal médullaire central et le cartilage de conjugaison. Les lésions essentielles portent sur la moelle ; celles de l'os ne font qu'en découler.

La moelle perd sa coloration jaunâtre normale et présente un piqueté rouge plus ou moins intense, rappelant l'aspect de la moelle fœtale. En même temps, elle se ramollit et prend une consistance pulpeuse. Les vaisseaux sanguins sont dilatés et gorgés de sang ; les cellules adipeuses perdent leurs globules de graisse et reviennent à l'état embryonnaire. Avec les éléments cellulaires qui entourent les vaisseaux et les leucocytes sortis par diapédèse, elles contribuent à former les éléments du pus.

Le tissu osseux proprement dit subit aussi des altérations

importantes. La diaphyse prend une teinte bleuâtre et quelquefois d'un blanc mat. Après enlèvement du périoste, on remarque l'agrandissement de l'orifice des canaux de Havers, qui donnent issue à des gouttelettes de sang et sont incomplètement remplis par des vaisseaux dilatés. Dans le tissu spongieux de la diaphyse, les lésions médullaires sont les mêmes que dans la moelle centrale.

Le périoste participe aussi à l'inflammation et devient plus épais et plus vasculaire. Il est soulevé par l'hyperplasie des éléments cellulaires situés sur sa face profonde et très facile à décoller.

Deuxième phase. — A cette période de congestion fait suite insensiblement la phase de ramollissement et de suppuration. « Au bain de moelle, succède un bain de pus. » (Gangolphe) Après s'être ramollie, la moelle devient purulente, de coloration tantôt gris sale, tantôt rougeâtre. Le pus remplit les canaux de Havers du tissu compact et les aréoles du tissu spongieux juxta-épiphysaire, sous forme de taches jaunâtres plus ou moins étendues. Plus tard il se collecte et forme de véritables abcès, siégeant habituellement à l'extrémité de la diaphyse, isolés à la fois du cartilage de conjugaison et du canal médullaire.

En général le cartilage de conjugaison forme une barrière suffisante pour empêcher la pénétration du pus dans le tissu spongieux de l'épiphyse, mais il est des cas, malheureusement assez fréquents, où ce cartilage est perforé et où l'abcès peut s'ouvrir dans l'articulation voisine et exposer le malade à tous les dangers de l'arthrite suppurée.

Pendant que se fait cette transformation purulente du tissu médullaire, se produisent aussi des lésions d'os-

téite raréfiante, qui agrandissent les aréoles du tissu spongieux et les canaux de Havers. Là où l'infection atteint les éléments de la moelle, il y a résorption du tissu osseux ; des lamelles osseuses se détachent et forment de petits séquestres nageant dans le pus. Enfin cette résorption de l'os peut aboutir à des trépanations spontanées, faisant communiquer plusieurs clapiers entre eux, avec le canal médullaire ou les parties molles voisines.

En d'autres points, la réaction inflammatoire est moins vive ; on observe des points d'ostéite condensante, aboutissant à l'hyperostose.

Aux lésions primitives du périoste consistant seulement en hyperhémie et épaississement, succède la formation de l'abcès sous-périostique. La membrane est décollée par une lame de pus, formée sur place ou plus souvent provenant de l'ouverture sur sa face profonde d'un abcès intra-osseux ou médullaire. Pour Mauclaire, « l'abcès sous-périosté communique presque toujours avec un foyer osseux, situé soit dans le canal médullaire, soit dans le tissu osseux lui-même. » Le pus est ordinairement épais, blanc ou blanc jaunâtre, crémeux, parfois strié de sang ; il peut être mêlé de gouttelettes graisseuses.

Le développement de l'abcès sous-périosté évolue comme l'ostéomyélite elle-même, c'est-à-dire de l'une des extrémités de l'os vers le milieu de la diaphyse. La facilité avec laquelle l'abcès tend à s'étaler s'explique par la faible adhérence à l'os du périoste enflammé. Si on n'intervient pas rapidement, l'os peut être dénudé sur une grande étendue et être entouré d'un véritable manchon purulent. Dans les cas où on laisse la maladie évoluer sans intervention, cas rares d'ailleurs, la mem-

brane surdistendue se laisse perforer et l'abcès peut s'ouvrir spontanément à la peau, après avoir cheminé à travers le tissu cellulaire et les muscles.

Telles sont les lésions essentielles de l'ostéomyélite aiguë ; elles portent ordinairement sur tous les éléments médullaires, qu'ils se trouvent situés dans le canal médullaire, dans l'épaisseur de l'os ou sur la face profonde du périoste ; mais il nous semble que l'interprétation de Lannelongue est trop exclusive.

Certes, dans la grande majorité des cas, le point maximum et le foyer primitif des lésions se trouvent dans la région juxta-épiphysaire ; mais il n'en est pas toujours ainsi. On peut citer des observations où les altérations intra-osseuses n'existaient pas ou du moins étaient assez légères pour passer inaperçues. Au contraire, ce qu'on ne manque jamais de rencontrer, c'est l'inflammation du périoste. Il peut se faire qu'une suppuration abondante se produise au-dessous de cette membrane, alors que, dans le canal médullaire et dans l'épaisseur de l'os, l'inflammation n'aboutit pas à la production de pus. En un mot, la conception de Chassaignac, qui distinguait l'abcès sous-périostique de l'ostéomyélite vraie, ne peut être complètement rejetée.

Si le terme de périostite phlegmoneuse diffuse devait être conservé, remarque Gosselin, ce serait pour ces cas où le pus existe seulement entre la face externe de l'os et la face interne du périoste et où l'os lui-même est intact. Après avoir duré un temps variable, la suppuration se tarit, le périoste se recolle et la maladie se termine sans production de nécrose. Ces faits ont été objectés à Lannelongue par Berger, Marjolin, Tillaux et Verneuil

dans la discussion de la Société de Chirurgie de 1879 relative à l'ostéomyélite.

C'est sur trois faits de périostite suppurée que M. Delbet s'est appuyé pour rappeler l'attention des membres de la Société de chirurgie sur le traitement de l'ostéomyélite. Dans la première de ces observations, que nous reproduisons à la fin de notre étude, le péroné, quoique dénudé, ne présentait aucune altération, si ce n'est de la congestion. Dans le second cas, l'os avait un aspect normal. Enfin dans la dernière observation citée par M. Delbet, la trépanation fut pratiquée quelques jours après l'incision en raison de la persistance de la fièvre et des phénomènes généraux et permit de constater l'intégritée absolue de l'os.

Confirmant les observations de M. Delbet, M. Kirmisson citait un cas qu'il avait observé dans le service de M. Duplay: Il s'agissait d'un jeune homme présentant les symptômes d'une ostéomyélite du fémur gauche. Le périoste incisé, il ne s'écoula pas plus d'une cuillerée à café de pus. La trépanation de l'os ne donna issue à aucun liquide. Il semble bien que, dans ces cas, les lésions les plus importantes, sinon les seules, se trouvaient au niveau du périoste.

A son tour, M. Broca se rallie à l'opinion de MM. Delbet et Kirmisson, en ce qui concerne l'existence de la périostite vraie. « On a abusé, dit-il, pendant un temps de la périostite, pendant un autre de l'ostéomyélite à point de départ toujours central, bulbaire, contre la face diaphysaire du cartilage conjugal. Nous savons tous aujourd'hui que l'abcès sous-périosté pur existe.» Mais il fait des réserves sur la fréquence de cette localisation. D'après lui, la plupart des abcès sous-périostés primitifs sont dus à des microbes spéciaux (bacille d'Eberth, pneumocoque) ;

au contraire, dans l'ostéomyélite habituelle de la croissance, celle à staphylocoques, les lésions périostiques superficielles sont fort rares. Il fait remarquer que l'on observe souvent les abcès sous-périostés avec intégrité de l'os, dans les localisations secondaires de l'infection. Ces foyers secondaires se caractérisent par une fréquente bénignité relative et guérissent souvent par incision simple.

Pour M. Félizet, la suppuration limitée au périoste sans lésions de la moelle doit être très rare dans l'ostéomyélite suraiguë. Personnellement il ne l'a jamais rencontrée comme premier temps de l'ostéomyélite suraiguë. Mais dans certains cas d'infection atténuée qu'il a observés, l'abcès sous-périosté était « un accident primitif, dont les lésions étaient limitées en surface et en profondeur, et, en dépit de la nécrose, n'avaient aucune tendance à se propager vers la moelle ».

M. Mauclaire reconnaît l'existence de simples abcès sous-périostés sans infection « apparente » de l'os et évalue approximativement leur fréquence à un dixième des cas d'ostéomyélite.

Enfin M. Delbet, reprenant la question, constate que plusieurs de ses collègues ont signalé la bénignité relative des foyers secondaires. Il estime qu'il n'y a pas de différence pathogénique entre le foyer primitif et le foyer secondaire. Ils se produisent par l'apport de microbes préexistants dans le sang. Les trois étapes de l'infection sont : la pénétration des microbes par une porte d'entrée cutanée, l'invasion du sang par ces microbes, enfin leur fixation sur un point particulier du squelette.

La bénignité relative ne peut s'expliquer que par une demi-vaccination de l'organisme. L'infection par voie sanguine étant admise, on ne voit pas pourquoi la locali-

sation différerait pour les foyers primitifs et secondaires. S'il est vrai, comme l'a reconnu M. Broca, que les foyers secondaires sont souvent périostés, on est amené à penser qu'il doit en être souvent ainsi pour le foyer primitif.

Une observation de M. Coville (d'Orléans), citée par M. Delbet, montre que l'opposition, établie entre le siège de la lésion primitive et celui de la lésion secondaire, n'est pas toujours justifiée. Cette observation concerne un enfant de 9 ans qui présentait des localisations multiples. Le foyer primitif siégeait au niveau du radius droit. Les deux foyers secondaires occupaient, l'un l'extrémité supérieure du péroné droit, l'autre l'extrémité inférieure du radius gauche. M. Coville trépana les trois os. Or il trouva du pus à l'intérieur des os atteints secondairement, tandis qu'il n'en existait pas dans le foyer primitif.

En résumé, on peut formuler ainsi les conclusions fournies par l'étude de l'anatomie pathologique de l'ostéomyélite aiguë. Dans tous les cas, le tissu osseux est plus ou moins atteint par l'infection ; le plus souvent le processus inflammatoire aboutit à la suppuration dans tous les points de l'os, dans le canal médullaire, à la surface de l'os et dans son épaisseur ; mais quelquefois au contraire, il n'arrive à la suppuration qu'à la face profonde du périoste. En un mot l'ostéomyélite et l'abcès sous-périostique ne sont pas deux maladies distinctes, mais deux formes cliniques d'une même affection (Kirmisson).

M. Tédenat insiste depuis longtemps sur la fréquence relative des suppurations sous-périostiques sans participation du tissu spongieux diaphyso-épiphysaire et de la moelle de l'os. Il a consacré à cette question deux mémoires (*Montpellier médical*, mars et avril 1883) dans dans lesquels il cite plusieurs faits d'abcès sous-périosti-

ques aigus sans nécrose ou avec des séquestres lamellaires très minces. Il a pu suivre longtemps ses malades et constater l'absence de toute réaction du côté du bulbe de l'os, qu'il aime mieux, avec son maître Ollier, continuer à désigner sous le nom de région juxta-épiphysaire ou diaphyso-éphiphysaire. Les observations de M. Tédenat se rapportent à des périostites post-typhoïdiques et aussi à des périostites aiguës de croissance avec accidents fébriles intenses, quelques-unes avec localisations sur plusieurs points du squelette. A ces cas M. Tédenat applique l'incision précoce ; il fait de larges trépanations quand il se trouve en présence de l'ostéomyélite massive, qu'il affirme beaucoup plus fréquente que la périostite simple, qu'elle revête les formes congestive, hémorragique ou suppurée.

Après avoir établi ainsi l'opinion généralement admise sur les différentes variétés anatomo pathologiques de l'ostéomyélite aiguë, nous allons essayer de formuler une règle thérapeutique applicable à tous les cas.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Il est impossible de formuler un traitement unique applicable à toutes les formes d'ostéomyélite aiguë. Ici, comme dans les autres affections chirurgicales, il faut autant que possible, proportionner le remède aux lésions reconnues.

Contre une maladie qui peut aboutir rapidemment à des lésions destructives très étendues, l'intervention chirurgicale aussi rapide que possible s'impose. On ne perdra pas un temps précieux à essayer les moyens abortifs, révulsion, sangsues, cataplasmes, qui n'auront leur justification que dans les formes exceptionnellement bénignes, où la douleur au niveau de l'os est le seul symptôme appréciable, où il n'y a pas de réaction thermique et d'altération de l'état général.

Il ne faut pas attendre pour intervenir que la suppuration se trahisse par une fluctuation évidente. Dès que les phénomènes généraux s'accompagnent d'empâtement et de douleurs localisées en un point limité de l'os, l'intervention s'impose.

Quelle sera cette intervention ? Doit-on s'en tenir parfois à la simple incision du périoste, comme la pratique depuis longtemps M. Kirmisson, ou bien, comme M. Lannelongue, recourir dans tous les cas à la trépanation ? Enfin,

dans quelles circonstances la résection osseuse est elle indiquée ?

Tels sont les points que nous allons successivement examiner.

Indications de l'incision et de la trépanation

Peut-on, dans certains cas, obtenir la guérison d'un abcès sous-périosté par l'incision large et le drainage sans trépanation ? Presque tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que la guérison est possible : mais beaucoup estiment qu'on ne peut pas apprécier au préalable si l'intérieur de l'os est sain ou est lui-même atteint par la suppuration. Dans le doute, ils préfèrent trépaner systématiquement. « Mieux vaut faire une trépanation inutile que de ne pas faire une trépanation qui pourrait être utile. »

Mais en opposition avec cette manière de voir, M. Delbet a avancé que, non seulement la trépanation peut être inutile, mais encore qu'elle peut être dangereuse. Dans les cas où l'infection est limitée au périoste sans suppuration intra-osseuse, la trépanation, en faisant communiquer le foyer sous-périosté très septique avec le canal médullaire sain, risque de porter dans la moelle les microbes recueillis à la surface, et toutes les précautions antiseptiques employées avant l'ouverture du canal médullaire ne mettent pas sûrement à l'abri de l'infection centrale. L'observation citée par M. Delbet, et que nous reproduisons plus loin (obs. XV), montre que cette opinion n'est pas une simple vue de l'esprit ; la trépanation de l'extrémité inférieure du tibia porta l'infection jusqu'à la moelle saine et occasionna une ostéomyélite bipolaire qui nécessita l'amputation du membre.

De pareils accidents, toujours possibles, quoique rares il est vrai, doivent mettre en garde contre la trépanation systématique. On voit, par conséquent, tous les avantages qu'il y aurait à faire le diagnostic différentiel de l'abcès sous-périosté avec l'ostéomyélite proprement dite.

Peut-on cliniquement faire cette distinction? Nous croyons que ce diagnostic est basé sur des signes trop incertains ; toutefois M. Armand Bernard, dans une récente étude sur la périostite aiguë suppurée (*Presse médicale*, décembre 1907), se base sur plusieurs observations personnelles pour affirmer que la périostite aiguë peut se diagnostiquer avant toute intervention par un ensemble de signes positifs et négatifs.

« Le diagnostic différentiel se base surtout sur le mode de début, sur l'évolution, l'état général, la douleur, la localisation.

» Alors que, dans l'ostéomyélite, le début est le plus souvent brutal, la périostite s'installe au contraire de façon insidieuse, n'étant guère décelée aux gens de l'entourage, s'il s'agit d'un enfant, cas le plus fréquent, que par un certain degré d'impotence fonctionnelle du membre lésé. La fièvre ne s'allume qu'après, la température atteignant au bout de quelques jours 39° et 40° avec un pouls un peu rapide, mais en corrélation exacte, restant ample et régulier.

» L'évolution si rapide dans l'ostéomyélite, où l'affection présente son maximun symptomatique dans les 2 ou 3 premiers jours, se fait ici assez lentement, au point que le chirurgien n'est appelé parfois que huit jours, quinze jours, deux mois après le début. Nous avons pu voir un abcès volumineux de la fosse iliaque externe paraissant partir de la crête iliaque, d'évolution si torpide qu'un

chirurgien, cependant qualifié, avait pu penser au début à une sacro-coxalgie.

» L'état général est altéré surtout chez les enfants jeunes, aux réactions vives et qui font à l'occasion de la moindre pyrexie des troubles gastriques, mais pas au point de faire penser à une infection générale et profonde. Et jamais, comme il arrive assez fréquemment dans l'ostéomyélite, les symptômes locaux ne sont relégués au second plan.

» Ce sont, sans doute, des nuances cliniques, mais nous n'avons pu constater chez nos malades cette altération du facies, cette expression de douleur, cette lividité blafarde de la face avec la cernure des yeux, l'apparence d'atonie extrême, qui, avec la sécheresse de la langue et des lèvres, peuvent dans une ostéomyélite un peu grave faire penser à une dothiénentérie.

» La douleur aussi diffère, et, si vive qu'elle soit, elle n'a pas d'emblée et n'atteint jamais plus tard l'intensité, le caractère de douleur excruciante, l'exaspération nocturne, propres à la lésion osseuse. Et elle ne devient vraiment très vive que lorsque l'abcès est déjà développé, tandis que, dans l'ostéomyélite, elle atteint son acmé, alors que le périoste n'est pas souvent encore décollé.

» Le siège de la collection nous paraît constituer peut-être le caractère le plus nettement différentiel ; il est toujours diaphysaire.

» Enfin, nous avons parlé de caractères négatifs, qui ont aussi leur valeur, car nous n'avons constaté qu'exceptionnellement l'accentuation de la circulation veineuse de la peau. Et jamais nous n'avons trouvé, à la périphérie de la tuméfaction, ce bourrelet limitatif presque constant, tout au moins dans les premiers jours de l'ostéomyélite, et auquel les auteurs classiques attribuent une grosse valeur diagnostique. »

Tels sont les signes cliniques, qui, d'après M. Bernard, peuvent faire penser à un abcès sous-périosté plutôt qu'à une suppuration intra osseuse. Mais le diagnostic basé sur ces nuances cliniques est tout au moins incertain et a besoin d'être confirmé par la constatation objective de l'étendue des lésions.

En pratique, la question ne se pose pas de déterminer s'il faut, de parti-pris, trépaner un os sans abcès extérieur, mais, étant donné un abcès dont l'ouverture s'impose, s'il faut compléter cette opération par la trépanation.

L'incision du périoste étant toujours indiquée, on y procèdera immédiatement. Après ouverture de l'abcès sous-périosté, si l'os sous-jacent est blanc, avasculaire, largement dénudé, s'il sonne sec sous le stylet, c'est qu'il est déjà frappé à mort et la trépanation n'a, dans ce cas, que des avantages, car elle permet de donner issue au pus qui ne peut se faire jour au dehors.

Parfois aussi l'os est mou, très vascularisé, les canaux de Havers sont dilatés et laissent écouler des gouttelettes de pus. Dans ce cas encore, l'opportunité de la trépanation est indiscutable, car il y a sûrement suppuration à l'intérieur de l'os.

Que si, au contraire, l'os se présente avec sa coloration normale, sa consistance habituelle, si les canaux de Havers ne sont pas élargis et ne laissent suinter que du sang, il nous semble que ces signes indiquent d'une manière très probable, sinon absolument sûre, l'intégrité de la substance osseuse et permettent de rejeter la trépanation immédiate.

En résumé, le chirurgien, après avoir établi le diagnostic d'ostéomyélite aiguë, doit chercher à déterminer s'il y a ou non un abcès intra-osseux ; le début insidieux, la marche torpide de la maladie, la conservation relative de

l'état général, avec prédominance des signes locaux sur les symptômes généraux, la douleur peu vive au début, le siège diaphysaire de l'abcès, enfin l'absence de bourrelet à la périphérie de la tuméfaction feront présumer plutôt un abcès sous périosté primitif. Si, de plus, l'examen direct de l'os après l'incision du périoste confirme ces signes de présomption et permet de constater l'absence des altérations de la substance osseuse que nous avons décrites plus haut, l'intervention opératoire doit se borner au débridement large du périoste.

On choisira, pour faire l'incision, la région qui permet d'arriver le plus directement et le plus commodément sur le point osseux malade. Après avoir évacué le contenu de l'abcès sous-périosté, on débridera le périoste dans toute la longueur du décollement ; si le décollement est trop considérable, il faudra faire plusieurs incisions successives, permettant un drainage complet. Mais on ne doit pas oublier que, dans tous les cas, il faut recourir à un débridement très large, qui seul permet l'évacuation complète du pus. On le fera suivre d'un drainage également très large du foyer purulent.

Après l'incision de l'abcès, M. Bernard a toujours observé chez ses malades atteints de périostite suppurée « une sédation notable et durable des symptômes antérieurs. La douleur cède immédiatement et complètement pour ne plus reparaître. La température s'abaisse dans les douze premières heures pour revenir à la normale au bout de un ou deux jours. »

Si donc l'incision large de l'abcès n'amène pas de sédation rapide des symptômes, le chirurgien devra se tenir prêt à compléter l'intervention par une trépanation osseuse.

Telle est la méthode opératoire, qui nous paraît justi-

fiée, si le diagnostic de périostite suppurée est confirmé ou tout au moins très probable. Dans le cas d'erreur de diagnostic, nous ne croyons pas qu'un retard de quelques heures apporté à la trépanation soit préjudiciable au malade, atteint, comme nous l'avons admis, d'une forme relativement bénigne de la maladie ; car l'indication principale, nous voulons dire le débridement large du périoste, aura été rempli à temps.

Mais ces cas de périostite suppurée primitive sont assez rares ; la forme la plus ordinairement observée est l'ostéomyélite vraie et contre elle, l'intervention opératoire de choix reste sans contredit *la trépanation*.

La trépanation est indispensable s'il existe du pus dans le bulbe de l'os ou dans le canal médullaire. Quand, après l'incision du périoste, on trouve la surface de l'os éburnée, donnant un son sec sous le stylet, quand on voit sourdre, à travers les orifices des canaux de Havers, des gouttelettes de pus, l'ouverture large de l'os est le seul moyen de favoriser l'évacuation du pus. Elle permet d'éviter la destruction du cartilage de conjugaison par les fusées purulentes et l'envahissement de l'articulation.

On y aura recours aussi dans cette forme de la maladie qu'on désigne sous le nom d'ostéomyélite suraiguë, avec décollements étendus, mais partiels du périoste, comprenant le quart ou le tiers de la diaphyse, avec altération grave de l'état général, fièvre élevée, délire, aspect typhique ; la trépanation et l'évidement peuvent arrêter les accidents immédiats. Plus tard on pourra faire de plus larges débridements et même faire la résection d'une partie de l'os devant l'inefficacité des procédés antérieurs à faire tomber la fièvre et à améliorer l'état général.

Enfin la trépanation reste la suprême ressource dans les formes septicémiques où les malades sont souvent

enlevés, avant même qu'on ait pu découvrir de localisation osseuse dans ces formes hyperseptiques, où le processus inflammatoire n'a pas le temps d'aboutir à la suppuration, l'organisme se trouvant impuissant à réagir, tant est grande l'intoxication. Au début les ostéomyélites de cette nature simulent les formes graves de rhumatisme articulaire ou de pyohémie. Dans quelques-uns de ces cas, la trépanation très hâtive et large de l'os atteint constitue la seule ressource. Elle a donné à M. Lannelongue plusieurs succès.

La technique opératoire de la trépanation doit toujours avoir en vue la désinfection aussi parfaite que possible des foyers osseux purulents. On rejettera donc la méthode des petites incisions avec petits trous de flûte que préconisait M. Lannelongue en 1879. Dans les quelques cas où le trépan ne ramène que du sang mélangé de gouttelettes graisseuses, il est inutile de pousser plus loin l'ouverture de l'os.

A-t on découvert un foyer purulent dans le tissu spongieux juxta-épiphysaire, on peut se contenter de la gouge a main pour l'évider et agrandir le débridement osseux. On obtient ainsi le même résultat qu'avec le trépan mais plus simplement et plus commodément. Ollier recommande d'agir avec prudence pour éviter l'embolie graisseuse qui peut survenir chez les adultes à moelle essentiellement grasse, à la suite de l'introduction profonde d'instruments dans le canal médullaire.

Quand les ouvertures pratiquées dans l'os de distance en distance donnent issue à du pus, il est utile d'ouvrir une large issue à la suppuration. On complètera l'opération par l'évidement longitudinal de l'os. Il faut réunir avec la gouge et le maillet les trous de trépan, de façon à transformer l'os en une longue gouttière, assez large pour

permettre l'écoulement facile du pus, assez étroite cependant pour ne pas compromettre la solidité du levier osseux. Après avoir ainsi découvert tous les foyers purulents, on poursuivra avec des antiseptiques énergiques la destruction de la moelle infectée. M. Lucas-Championnière emploie une solution forte de chlorure de zinc. M. Félizet fait suivre cette désinfection par le chlorure de zinc de la cautérisation de la moelle au moyen du chalumeau, qui donne des températures de 1200 à 1500 degrés.

Nous ne pouvons pas terminer cette étude du traitement de l'ostéomyélite aiguë sans indiquer les cas qui échappent à l'action de la trépanation osseuse, aussi bien qu'à l'incision simple ; dans ces formes où la trépanation est insuffisante, la *résection osseuse* permet encore d'enrayer la marche de la maladie. Nous nous sommes inspiré pour traiter cette partie de notre sujet de l'étude magistrale de Legueu sur « la Résection dans l'ostéomyélite des os longs » qui limite considérablement les indications de cette intervention au profit de la trépanation.

Plusieurs causes tendent à limiter les indications de la résection hâtive ou précoce. Il est d'abord très difficile le plus souvent de prévoir d'emblée l'étendue de la nécrose future ; les suppurations sous-périostiques ou centrales étendues, les vastes décollements du périoste n'entraînent pas fatalement la mort de la partie de l'os qu'elles ont atteint.

En second lieu, la résection, portant à la fois sur toute la circonférence du cylindre diaphysaire, peut ne pas être suivie de régénération osseuse. Bien que l'on ait ménagé le périoste, il faut craindre les pseudarthroses.

Enfin à cause de l'ablation du cartilage conjugal, on

risque d'avoir un raccourcissement notable, surtout gênant au membre inférieur.

Pour ces raisons, nous estimons, avec Ollier et Legueu, que la résection devra être évitée le plus possible. L'échec des moyens plus conservateurs, l'obligation de faire disparaître au plus tôt une source d'accidents généraux légitiment seuls son emploi.

On peut être forcé d'y avoir recours dans l'ostéomyélite suraiguë avec phénomènes généraux très graves, quand le périoste est décollé sur toute la hauteur de la diaphyse, quand l'os imprégné de pus flotte dans une cavité purulente mal limitée par le périoste plus ou moins détruit. « L'os a perdu sans retour ses connexions vasculaires ; la soudaineté de l'attaque a été telle que l'os est mort vivant ; et c'est en vain qu'on chercherait à l'œil nu un des caractères d'ostéite qui précèdent ordinairement tout travail de nécrose ; cet os est à peine découvert, exposé à l'air et débarrassé de son lit purulent, qu'il se dessèche et devient presque instantanément aussi blanc que l'os qui a macéré depuis des mois dans un liquide propre à le blanchir. » (Gérard Marchand.)

Mais c'est dans l'ostéomyélite avec arthrite purulente que la résection hâtive a son indication habituelle. Cependant ici il faut distinguer deux cas.

Dans un premier ordre de fait, l'extrémité de l'os est intacte ; mais la cavité articulaire a été infectée par communication avec un abcès sous-périosté ou par propagation à distance. Dans ces conditions, on peut borner l'intervention à un lavage antiseptique de l'articulation si la suppuration n'est pas franchement établie, à l'arthrotomie avec lavage et drainage si le diagnostic d'épanchement purulent est posé.

Le second groupe de faits est caractérisé par la pré-

sence de lésions du cartilage articulaire et de l'extrémité épiphysaire de l'os. L'envahissement secondaire de la cavité articulaire peut être dû à une disposition anatomique spéciale. Si l'extrémité épiphysaire est partiellement ou totalement intrasynoviale, la suppuration peut alors se faire primitivement dans la cavité articulaire. Mais le plus souvent, le pus a détruit le cartilage de conjugaison, gagné l'épiphyse et perforé le cartilage articulaire.

Dans les derniers faits où une lésion de l'extrémité osseuse coexiste avec l'arthrite, la résection s'impose.

A quels signes pourra-t-on reconnaître la présence des lésions osseuses ?

Le diagnostic clinique est à peu près impossible ; toutefois un gonflement énorme de l'articulation, la nature franchement purulente du liquide, la présence d'un décollement épiphysaire, traduite par une saillie anormale de la diaphyse à son extrémité, doivent faire penser de préférence à l'existence de lésions osseuses.

Au cours de l'intervention, l'incision permettra d'apprécier l'étendue des lésions. On constatera la destruction du cartilage d'accroissement, des surfaces articulaires, le décollement épiphysaire, qui indiqueront la nécessité de recourir à la résection.

En somme, la résection hâtive est une opération d'exception qui convient aux formes exceptionnellement graves de l'ostéomyélite. Elle portera sur la diaphyse, dans les panostéites, avec décollements périostiques très étendus ; sur l'épiphyse, dans les ostomyélites avec arthrite suppurée, lorsque celle-ci est secondaire à des lésions de l'épiphyse.

L'amputation, appliquée autrefois très souvent par Chassaignac au traitement de l'ostéomyélite, est à peu

près abandonnée grâce aux bienfaits de la trépanation précoce. Ses indications se limitent aux cas où un état général très mauvais s'allie à un état local des plus graves où plusieurs os ou plusieurs articulations sont envahis ; où les parties molles sont dissociées par des fusées purulentes, qui occupent tout un segment du membre. L'amputation est alors le seul moyen qui nous reste pour arrêter la cachexie due à ces suppurations multiples et étendues.

CONCLUSIONS

I. — La trépanation est la méthode thérapeutique de choix dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë franche, accompagnée de lésions osseuses nettes.

II. — L'état des lésions anatomiques de l'os sera reconnu quand il sera mis à nu et l'on agira suivant ces lésions.

III. — On trépanera quand l'os sera enflammé, congestionné, quand il s'en écoulera du pus, quand la percussion révèlera un son anormal, sec, et quand les canaux de Havers, élargis, purulents, montreront que le tissu osseux est lésé.

IV. - Lorsque le diagnostic d'abcès sous-périosté primitif sans suppuration intra-osseuse est établi, on doit se contenter de l'incision simple du périoste, intervention qui pourra être complétée, dans un second temps, par la trépanation, si elle devient nécessaire.

V. — On doit craindre, en effet, de faire communiquer le foyer sous-périosté avec un canal médullaire sain, de peur de l'infecter.

OBSERVATIONS

Observation Première

Verneuil. — *Gaz. hebd.*, 1886.

Ostéomyélite grave des 3/5 inférieurs du fémur. — Incision. — Drainage. — Guérison.

Un enfant de 10 ans fut atteint d'abcès sous périostique du fémur droit. L'incision faite, je portai mes doigts et divers instruments explorateurs dans la plaie.

Le fémur était à nu dans les 3/5 inférieurs de la diaphyse, et je pus le saisir entre mes doigts au milieu du vaste foyer purulent qu'il traversait ; j'étais fort inquiet du résultat et l'idée de l'amputation de la cuisse me vint à l'esprit; je demandai conseil à Chassaignac, qui, tout en reconnaissant avec moi l'extrême gravité du cas, m'engagea à attendre. Le drainage, les injections iodées quotidiennes, les soins hygiéniques convenables et le régime réparateur amenèrent en deux mois une guérison radicale sans la moindre exfoliation.

Observation II

Tédenat. — *Montpellier Médical*. 1883.

Ostéo-périostite hémorragique du tibia. — Incision. — Guérison.

Emile P..., 14 ans, entré le 6 juin 1874, au n° 53 de la salle Saint Louis, service du docteur Letiévant, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Antécédents héréditaires nuls. Le malade, de tempérament lymphatique s'est toujours bien porté. Sans autres causes appréciables que de longues marches et peut-être sa croissance rapide, il éprouva le 24 mai, dans toute l'étendue de la jambe gauche, de violentes douleurs, beaucoup plus vives un peu au-dessous du genou. Le lendemain, la jambe était tuméfiée, surtout dans son tiers supérieur. Céphalalgie, anorexie, soif intense ; les douleurs étaient très grandes. Onctions mercurielles et cataplasmes ; malgré cela, le gonflement augmente, la fièvre persiste ; les douleurs ont un peu diminué depuis deux ou trois jours.

6 juin. — Peau chaude et sèche. — Température 39°6. Pommettes rouges, œil brillant, traits tirés Depuis le pied jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, on constate un gonflement considérable, avec rougeur de la peau. Tuméfaction plus marquée au tiers supérieur de la jambe. A la partie supérieure de la face interne du tibia, sur une hauteur de 5 à 6 centimètres et une largeur de 4 à 5 centimètres, existe une tumeur profonde, peu saillante, qui fluctue franchement ; mouvements articulaires libres, quoique douloureux. Douleurs provoquées par la pression très vives.

7 juin au matin. Température 39°6. Pas de modification, sauf un peu plus d'étendue de la tumeur fluctuante, qui fait une saillie plus nette.

Incision verticale. Le périoste est décollé sur une longueur de 8 centimètres et sur toute la largeur de la face interne du tibia. Il coule un grand verre de sang, rouge, fluide, taché de quelques stries de pus. On enlève quelques caillots d'un rouge foncé. Après lavage, on constate que le périoste est rouge, parsemé de points ecchymoti-

ques ; que l'os est très congestionné, raréfié, rugueux à la surface. Pansement à l'alcool camphré.

Soir. — Température 39°1. Douleurs calmées depuis l'incision. Le pansement, imbibé de sang, est renouvelé.

8. — Nuit bonne, sans douleur. Température 38°4. Etat général meilleur.

La tuméfaction du membre a diminué ; le pansement est imbibé de sang, mais moins qu'hier. Même traitement.

Soir. — Température 39° Mieux sensible. Nouveau pansement. Le malade demande à manger. Œuf, bouillon, vin.

9. — Nuit bonne. Mieux sensible. Température 38°1. L'os et le périoste sont moins congestionnés ; la tuméfaction a beaucoup diminué ; douleurs à peu près nulles.

A partir du 10, la fièvre cessa, l'appétit revint rapidement, l'amélioration de l'état général fut rapide. La suppuration s'établit bonne.

Le 15 juin une lamelle osseuse de 4 centimètres en carré, mince et percillée comme une dentelle, se détacha ; à partir de ce moment la cicatrisation marcha rapidement et le 12 juillet, le malade sortait bien guéri, avec une cicatrice bonne, quoique adhérente.

Observations III

(*Idem.*)

Ostéo-périostite hémorragique du fémur et du radius. — Incision — Guérison avec petit séquestre superficiel.

Marie P..., domestique, 17 ans, entre le 9 janvier 1876 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. le professeur Valette.

Antécédents héréditaires nuls. Antécédents personnels : tempérament lymphatique ; impétigo de la face, variole bénigne. Accroissement considérable de la taille dans la convalescence. Depuis le 21 décembre : fièvre, tuméfaction de la partie inférieure de la cuisse gauche, avec vives douleurs. Il y a 3 jours, frissons irréguliers, douleurs lancinantes.

9 janvier au soir. — Malade amaigrie ; pommettes rouges. T. 40°. Pouls à 120. La cuisse gauche est rouge, tuméfiée ; à la partie interne, fluctuation sur une saillie mal limitée, de la dimension de la paume de la main. Peau sèche, rouge à ce niveau ; la tuméfaction s'étend à la partie supérieure de la jambe. Pression douloureuse à la partie inférieure du fémur, surtout en dedans. Mouvements du genou impossibles ; léger épanchement.

10 au matin. — Pendant la nuit, la malade a éprouvé dans le poignet droit, des douleurs vives, qui persistent encore. Légère tuméfaction ; pression très douloureuse. T. 39°4. Anorexie, langue saburrale, céphalée. Soif vive.

M. Valette incise la tumeur de la cuisse gauche. Il s'écoule un demi-verre de sang et de pus en parties égales. La collection est sous-périostée ; la surface de l'os est rugueuse, très hypérhémiée. Pansement.

Sur le poignet gauche, vésicatoire, après immobilisation sur une large attelle. Purgatif salin ; 0,50 de sulfate de quinine.

Le soir, T. 39° 1. Selles abondantes. Céphalalgie moindre.

11. — Les douleurs persistent au poignet, qui est plus tuméfié.

A la cuisse le pansement est mouillé de pus et de sang. Nouveau pansement.

La nuit s'est passée sans sommeil. T. 38°4. P. 120.

Le soir, presque pas de douleurs à la cuisse. Souffrances vives dans le poignet. T. 38°9.

12. — Nuit assez bonne. La tuméfaction du poignet a augmenté ; peau rouge et tendue. Sur la face externe du radius, tumeur fluctuante, longue de 5 centim., large de 2, finissant en bas au point de naissance de l'apophyse styloïde. Pression très douloureuse Incision ; issue de sang liquide, collecté sous le périoste décollé, ecchymotique. Pansement phéniqué. Attelle. La plaie de la cuisse laisse couler du pus sanguinolent, chargé de poussière osseuse.

Soir. — T. 38°4. Douleurs moins vives au poignet ; la malade a dormi dans la journée.

13. - La malade a bien reposé la nuit et se sent beaucoup mieux. T. 38°1. Suppuration de bonne nature à la cuisse, mais toujours avec poussière osseuse. Tuméfaction moindre ; douleurs presque nulles.

Au poignet, tuméfaction et douleurs moindres. Pansement légèrement souillé.

14. — Nuit bonne. La malade demande à manger. T. 37°8.

La plaie de la cuisse est seule pansée. Suppuration sans poussière osseuse. Gonflement moindre ; douleurs nulles.

15. — Nuit bonne, mieux sensible. Pansement du poignet non mouillé ; os modérément vascularisé.

20. — Le mieux continue. Petit séquestre des dimensions d'une pièce de 1 franc au fémur. Suppuration modérée. Bourgeons charnus sur l'os.

30. — La plaie du poignet est presque cicatrisée ; celle de la cuisse suppure un peu. Etat général excellent.

6 février. — Cicatrisation complète du poignet ; un

peu de tuméfaction et de raideur. La plaie de la cuisse est réduite à 1 centim. de long et suppure peu.

8. — Petit séquestre tiré avec des pinces à dissection.

15. — Guérison complète.

Observation IV

(Tédenat. — *Montpellier médical*, 1883)

Périostite suppurée à localisations multiples. — Incision. — Guérison.

Au mois de février 1877, entra à la Charité de Lyon, dans le service du docteur Meynet, un garçon âgé de 14 ans, sous le coup d'un état fébrile intense révêtant tous les caractères de la fièvre typhoïde. Le lendemain de son entrée, on constata à la partie supérieure des deux tibias, à la partie inférieure des deux cubitus, l'existence de tumeurs inflammatoires fluctuantes. L'incision permit l'écoulement d'un pus de bonne nature qui siégeait sous le périoste, décollé sur une étendue de plusieurs centimètres carrés ; la réunion immédiate eut lieu partout, sauf à la face interne du tibia gauche, d'où s'élimina au bout de quinze jours une fine lamelle osseuse percillée.

Observation V

(*Idem*)

Abcès sous-périostique du temporal. — Incision. — Guérison.

Au mois de juillet 1881, un enfant âgé de 18 mois fut apporté à l'Hôtel-Dieu de Montpellier. Dix jours avant, dans un mouvement maladroit, sa mère l'avait piqué avec une aiguille à tricoter qui avait pénétré à la partie supérieure de la face externe ou libre de la conque de l'oreille

gauche, et s'était enfoncée profondément, en décollant très probablement le périoste du pourtour du conduit auditif externe. Deux jours après l'accident, une tuméfaction considérable se produisit : la peau était rouge, l'enfant avait perdu l'appétit. Quatre jours après, la tumeur était devenue plus molle. Quand le petit malade me fut présenté, je trouvai une tumeur fortement saillante et fluctuante, occupant la moitié postérieure du temporal, la région mastoïdienne, la partie inférieure du pariétal. Elle refoulait en bas le pavillon de l'oreille et faisait saillie dans le conduit auditif externe, qu'elle obstruait complètement. La fièvre était intense ; l'enfant amaigri, pâle ; la situation me parut grave. Je fis deux incisions : l'une de trois centimètres, verticale, au niveau de l'apophyse mastoïde, l'autre de un centimètre sur la paroi supérieure du conduit auditif externe et parallèle à son axe. Il s'écoula du pus de bonne nature, bien qu'un peu fétide ; l'os dénudé avait son aspect normal. Lavage avec une solution phéniquée à 5 °/° ; pansement de Lister compressif. Quatre jours après, l'enfant fut ramené à l'hôpital. La guérison était complète.

Observation VI

(Idem)

Abcès sous-périostique du frontal. — Incision. — Guérison.

Au mois de septembre 1882, j'incisai un abcès sous-périostique aigu, occupant toute la moitié gauche de la portion verticale du frontal. C'était chez un enfant âgé de 4 ans, qui, dix jours auparavant, dans une chute, s'était fait une plaie profonde au front. Lavage phéniqué, pansement de Lister compressif. Recollement immédiat du périoste.

Observation VII

Macnamara. — (*Brit. med. Journ.*, 1888)

Ostéomyélite du fémur. — Incision. — Guérison.

A. P., âgée de neuf ans, reçoit un violent coup sur la région trochantérienne gauche. Dix jours après, violent accès de fièvre ; douleurs très vives le long de la cuisse gauche, qui se met en flexion avec abduction ; pas de tuméfaction apparente. Etat général grave.

Incision postérieure au grand trochanter ; col du fémur rugueux et creusé de cavités ; décollement de la tête. Le pus articulaire contient de nombreux staphylocoques. Au bout d'un mois et demi, l'enfant quitte l'hôpital ; guérison parfaite sans ankylose, ni raccourcissement.

Observation VIII

(Kirmisson. — Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur, 1890.)

Ostéomyélite du fémur. — Incision. — Guérison.

Jeune homme de 15 ans, entré dans le service du professeur Duplay à Lariboisière. Opéré par Kirmisson.

L'incision, pratiquée à la partie supéro-externe de la cuisse immédiatement au dessous du grand trochanter, permet d'évacuer une cuillerée de pus environ.

Le fémur était dénudé ; une tréphine enfoncée dans le canal médullaire n'amène pas l'écoulement d'une seule goutte de pus. Un mois plus tard, le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Observation IX

(Aldibert. — *In* Thèse de Dordenne, Paris, 1891.)

Ostéomyélite aiguë du péroné. — Décollement épiphysaire. — Incision. Guérison.

Wolf Emilie, 15 mois, entre le 2 janvier 1890 aux Enfants Malades, dans le service de M. de St-Germain.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, indemnes de syphilis. La mère n'a jamais eu de fausses couches, ni d'accouchements prématurés. Une sœur de 6 ans est bien portante.

Antécédents personnels. – Elevée au biberon ; pas de gastro-entérite. Jamais d'accidents douteux au point de vue syphilitique. L'enfant a eu, il y a un mois, une rougeole bénigne, mais qui s'est compliquée d'une otite suppurée qui n'est pas encore guérie.

La maladie actuelle a débuté assez brusquement, il y a 5 jours, par des convulsions, qui se sont répétées les jours suivants ; fièvre et vomissements ; dès le lendemain, la mère constatait un gonflement limité à la partie externe du cou-de-pied gauche avec douleurs vives au moindre mouvement. Ce gonflement a augmenté peu à peu ; la peau est devenue rapidement rosée et la fièvre a persisté aussi intense. Soignée en ville pour un érysipèle, l'enfant est amenée à l'hôpital par la mère, effrayée des progrès de la tuméfaction et de l'intensité des douleurs.

Etat actuel. — 2 janvier, soir. — La jambe gauche est absolument déformée par un gonflement énorme. Celui-ci, qui occupe toute la face dorsale du pied et toute la jambe jusqu'au niveau du genou, est surtout développé à la partie externe, où il atteint un tel développement que

ce segment de membre paraît coudé comme dans les fractures de jambe à sinus interne. Sur toute la face externe, la peau présente une teinte rouge vif uniforme.

La palpation permet de reconnaître, à la partie inférieure et externe de la jambe, l'existence d'une collection purulente très étendue et qui, partant de la malléole externe, remonte vers le mollet jusqu'à mi-jambe ; la fluctuation est des plus nettes et on a même la sensation de flot. Sur la face dorsale du pied, ainsi qu'à la partie interne de la jambe, on ne constate qu'un œdème dur.

Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont peu douloureux. L'état général est assez satisfaisant ; ni abattement, ni prostration. Température 38°7 ; ni vomissements, ni diarrhée. Il existe encore un léger suintement de l'oreille.

Je pratique, le soir même, une incision de 4 centimètres à la base de la malléole externe et suivant la face externe du péroné. Une centaine de grammes de pus s'écoule par cette incision. Une sonde cannelée, glissée dans cette ouverture, remonte en haut, en arrière dans un décollement sous cutané, qui arrive jusqu'au milieu du mollet ; le même instrument montre une dénudation étendue du péroné.

Le doigt, introduit dans l'incision, me permet de sentir que l'os est dénudé sur les 3/4 de sa circonférence et sur une hauteur de 4 à 5 centimètres. Il reconnaît, en outre, l'existence d'un décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du même os, qui peut être facilement mobilisé dans le sens antéro-postérieur. Pas de foyer suppuré dans l'articulation.

Drainage du foyer suppuré avec lavage boriqué ; pansement boriqué avec attelle externe, en cas de déplacement de la diaphyse péronière.

3 janvier. — La température a un peu baissé, 38°1. L'enfant a passé une bonne nuit.

4 janvier. — Température normale. Etat excellent.

6 janvier. — Le gonflement de la jambe a complètement disparu, ainsi que l'œdème du pied. La suppuration est toujours abondante et nécessite des pansements quotidiens. La jambe est en attitude normale, sans déviation.

10 janvier. — Raccourcissement du drain. La suppuration diminue un peu.

13 janvier. – Suppression du drain. Suintement purulent léger. Le péroné ne se trouve plus à nu que sur une faible étendue. Plus de mouvements anormaux du péroné.

25 janvier. — L'enfant va bien. Il persiste une petite fistule insignifiante.

30 janvier. — La malade sort ; la plaie est à peu près complètement cicatrisée ; le stylet n'arrive plus sur l'os, dont le périoste doit être recollé ; la diaphyse est absolument immobile sur l'épiphyse. Il n'y a pas de déviation de l'axe du pied.

Observation X

(Lamothe. — Thèse de Paris, 1898.)

Ostéomyélite du fémur. — Incision. — Guérison.

Pauline G..., 9 mois. Début insidieux, un mois auparavant. Début par de la gène des mouvements ; fièvre modérée. A l'examen, dilatation considérable des veines sous-cutanées du côté de la hanche droite. Gonflement de la racine de la cuisse sans fluctuation ; hydarthrose du genou ; douleur très vive à la palpation. L'articulation de

la cuisse est libre ; les mouvements provoqués sont modérément douloureux.

Incision postéro-externe ; ouverture d'un abcès contenant 100 grammes de pus verdâtre ; le grand trochanter est dénudé et l'abcès sous le périoste.

Pansement à plat sans sutures ; guérison au bout de 3 mois.

Observation XI

(Bonsirven. — Thèse de Toulouse, 1900.)

Périostite suppurée du tibia. — Incision. — Guérison.

Une femme de 50 ans est entrée à l'hôpital, le 17 novembre 1889, pour une fièvre typhoïde qui avait évolué d'une façon anormale, lorsqu'elle fut prise au début de la convalescence, le 13 décembre, de douleurs très vives dans la jambe gauche.

On constata en même temps, à la partie moyenne de la face interne du tibia, un peu de tuméfaction et de rougeur. Le lendemain, les mêmes symptômes se montraient au niveau de la tubérosité du tibia droit ; mais ils disparurent en 3 ou 4 jours. A gauche, au contraire, le mal s'est aggravé et la malade est transférée dans un service de chirurgie.

On constate à la partie moyenne de la face interne du tibia un empâtement de la dimension d'une pièce de 2 francs. La pression et les mouvements causent des douleurs vives, qui se calment par le repos. Trois jours après, la fluctuation était manifeste ; on incise la tuméfaction ; il n'en sort que quelques gouttes de pus bien lié, blanchâtre.

Guérison rapide.

Observation XII

(Isautier. — Thèse de Paris, 1906.)

Ostéomyélite de l'humérus.— Incision.— Guérison.

Le nommé B... René, âgé de 7 ans, se présente à l'hôpital des Enfants Malades le 26 octobre 1904.

Pas d'antécédents héréditaires.

La maladie a débuté il y a 4 jours sans cause apparente. A l'inspection, on constate un œdème considérable du membre supérieur droit, avec une douleur exquise au niveau de la tête humérale.

On pratique une incision longitudinale en dehors de la coulisse bicipitale. Il ne s'écoule pas de pus, mais une sérosité louche.

L'humérus est dénudé ; on place un drain et on fait un pansement humide.

Le malade allait mieux, mais à la fin d'octobre, il se forme un nouvel abcès à la partie interne du bras, au voisinage de la gaîne de l'artère humérale.

Le 4 novembre, on pratique l'incision et le drainage de cet abcès, et dès lors l'état du malade va en s'améliorant.

Le 4 décembre, il quitte l'hôpital en bonne voie de guérison.

Observation XIII

(*Idem*)

Ostéomyélite de l'humérus.— Incision.— Guérison.

X..... est amené le lundi 7 janvier 1901 à l'hôpital Trousseau par son père qui déclare que l'enfant a com-

mencé à souffrir de l'épaule il y a 8 jours. La maladie a débuté sans cause apparente.

A l'examen on constate une tuméfaction considérable du moignon de l'épaule et de la face interne du bras.

La palpation fait sentir une fluctuation profonde très nette à la face interne du bras.

Le malade est endormi et M Kirmisson fait au devant du triceps une longue incision verticale. A peine les fibres du biceps sont elles entamées qu'un flot de pus épais, ressemblant à du pus staphylococcique, s'écoule. Le doigt pénètre alors dans une vaste cavité, qui remonte jusqu'au contact de la tête humérale et qui fait presque le tour du col anatomique. Cette cavité est touchée à l'acide phénique pur, puis à l'alcool, laissée ouverte et tamponnée à la gaze iodoformée.

L'examen bactériologique révèle la présence du staphylocoque doré. La suppuration disparut rapidement et le 28 janvier, le malade put quitter l'hôpital en bonne voie de guérison.

Le 18 janvier 1905, quatre ans après par conséquent, M. le professeur Kirmisson revoit le malade. A part la cicatrice verticale répondant au bord interne du biceps, il n'existe plus de trace de l'affection ancienne L'articulation de l'épaule a récupéré la totalité de ses mouvements. Pas de raccourcissement.

Observation XIV

(Delfosse. — Thèse Paris, 1906)

Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du radius. — Incision. — Guérison.

M... Suzanne, 11 ans, entre, le 10 mars 1905, dans le service de M. le professeur Kirmisson. Ses parents sont bien portants. Née avant terme, elle fut élevée au sein

et au biberon jusqu'à l'âge de deux ans. Elle fit ses premiers pas à 11 mois, eut la coqueluche à 5 mois et la rougeole à 18.

La maladie actuelle débuta le 1er mai par des douleurs vagues dans le membre inférieur droit au niveau du genou. Le membre n'est modifié ni dans son aspect extérieur, ni dans son volume. Ces douleurs diminuent et disparaissent en deux ou trois jours.

En même temps, dans la nuit du 3 au 4 mai, la malade est prise de douleurs très vives dans le membre supérieur gauche, plus marquées au niveau du poignet. Le 4, le gonflement apparaît au niveau de la face dorsale du poignet et de la main. Les jours suivants, les douleurs persistent, l'état général est atteint, le gonflement gagne progressivement tout l'avant-bras et la partie inférieure du bras. L'enfant est amenée à la consultation des Enfants-Malades, le 10 mai, et est admise salle Bouvier.

Etat actuel. — L'examen du membre supérieur montre une tuméfaction en masse, occupant la main, l'avant bras et la partie inférieure du bras. La palpation montre que la peau est épaissie et infiltrée. A la face dorsale de la main, la consistance est celle d'une masse demi-molle, œdémateuse. A la moitié inférieure du bras et à la face palmaire de l'avant-bras, on a une consistance plutôt ferme. A la face dorsale de l'avant-bras, il existe manifestement de la fluctuation, que l'on se transmet facilement d'une extrémité à l'autre de l'avant-bras.

La température locale du membre est plus élevée que du côté opposé.

La pression profonde éveille surtout une douleur vive au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras. Les mouvements de l'articulation du coude sont faiblement doulou-

reux. Les mouvements de l'articulation du poignet sont très douloureux.

Les doigts sont constamment en extension de la première phalange avec flexion des deux autres, et lorsqu'on dit à la malade de les remuer, elle remue seulement les deux dernières phalanges.

Pas de ganglions dans l'aisselle. L'état général ne semble pas mauvais. Pas d'état typhoïde. La malade répond facilement aux questions qu'on lui pose. Température 39°4 ; pouls rapide.

Aucune localisation douloureuse sur les autres membres.

Opération. — Le 11 mai 1905. Anesthésie chloroformique. Ponction au bistouri au niveau du tiers inférieur de la face dorsale du radius. Issue d'une grande quantité de pus jaunâtre, bien lié, strié de sang. Incision comme pour la ligature de la radiale au tiers supérieur de l'avant-bras, mais un peu plus externe, intéressant la peau et l'aponévrose.

L'incision inférieure est agrandie verticalement ; on constate que la partie inférieure du radius est complètement dénudée ; une sonde cannelée trace un trajet entre les deux incisions. On passe un drain en anse. Pansement.

La malade sort en voie de guérison le 4 juin 1905.

L'examen du pus montre la présence de staphylocoques dorés.

Le 30 mars 1906, nous avons revu la malade. Rien de particulier à signaler. La main n'a subi aucune déviation. Le poignet gauche mesure 13 centimètres de circonférence, ainsi que le poignet droit. Les radius droit et gauche mesurent également 18 centimètres de long, du bord de la cupule radiale à la pointe de l'apophyse styloïde.

Observation XV

(Routier. — *Société de chirurgie*, octobre 1907.)

Ostéomyélite du tibia droit. — Trépanation. — Récidive péroné gauche. Incision. — Guérison.

Il s'agit d'une jeune fille, qui est arrivée avec des phénomènes suraigus et très graves, dus à une ostéomyélite d'une phalange de l'index et à une ostéomyélite de la partie inférieure du tibia droit.

Ouverture large des deux foyers ; grattage de la phalange et trépanation du tibia. La malade semble guérie, quand, deux mois après, la température remonte et elle accuse de la douleur au niveau du péroné gauche.

Ouverture d'un large abcès sous-périosté du tiers supérieur du péroné ; pas de trépanation. Guérison assez rapide de l'abcès sous-périostique.

Il persiste encore une petite plaie au niveau de la trépanation du tibia.

Observation XVI

(Dr Darquier (de Cahors), citée par Delbet.— Société de chirurgie, 1907)

Ostéomyélite du tibia. — Incision. — Guérison.

Le malade est un enfant de 12 ans qui présente une tuméfaction volumineuse de l'extrémité inférieure du tibia droit.

Etat général très grave. — Température, 40°.

Le docteur Darquier, avec l'aide du docteur Aussel, fait une large incision, suivie de drainage sans trépana-

tion. Une fistule persiste pendant quelques mois et donne issue à quelques parcelles osseuses. Puis tout rentre dans l'ordre. Le jeune homme a fait depuis trois ans de service militaire dans un régiment de ligne et est actuellement ouvrier peintre.

Observation XVII

(*Idem*)

Périostite phlegmoneuse diffuse de l'humérus. — Incision. — Guérison.

Cette observation concerne une périostite diffuse de l'humérus développée chez un garçon de 13 ans. Elle a guéri par de simples incisions. Depuis, l'ancien malade a fait son service militaire ; il est actuellement ouvrier typographe et n'a plus jamais souffert de son bras.

Observation XVIII

(Pierre Delbet. — Société de chirurgie, juillet 1907)

Ostéomyélite du péroné. — Incision. — Guérison

Jeune homme, 18 à 19 ans, se présente à l'hôpital Laënnec avec tous les symptômes d'une ostéomyélite aiguë du péroné droit. Le périoste est décollé dans les deux tiers supérieurs de l'os par une nappe purulente. Deux larges incisions sont faites, séparées seulement par un petit pont intermédiaire. Il ne pouvait être question de trépanation sur un os aussi grêle. Fallait il le considérer comme fatalement voué à la nécrose et le réséquer dans toute l'étendue dénudée ? M. Delbet fut frappé par l'aspect de l'os.

Il était seulement un peu rouge, il rendait au choc un

son normal, les canaux de Havers n'étaient point dilatés; ils ne laissaient pas sourdre la moindre goutte de pus. M. Delbet fit un simple tamponnement de l'abcès sous-périostique sans toucher à l'os. La cicatrisation marche avec une rapidité surprenante et le malade quitte l'hôpital sans la moindre fistule.

Observation XIX

(*Idem*)

Ostéomyélite de l'humérus.— Incision.— Guérison.

Il s'agit d'un jeune garçon de 11 ans, qui fut pris brusquement, dans les premiers jours de janvier 1907, d'une douleur violente, qui avait son maximum d'acuité à deux centimètres au-dessous de l'acromion. La température s'éleva à 39° et le docteur Cochot, qui le soignait, fit le diagnostic d'ostéomyélite de l'humérus. M. Delbet voit l'enfant 13 jours seulement après le début des accidents. Il avait un énorme abcès, qui soulevait le deltoïde.

Opération le lendemain. L'incision de la désarticulation de l'épaule conduit après la traversée du deltoïde sur une énorme collection purulente. Elle faisait le tour de l'humérus, et le paquet vasculo-nerveux circonflexe la divisait incomplètement en deux loges, l'une supérieure, l'autre inférieure. Le pus évacué, on constate qu'immédiatement en dehors de la gouttière bicipitale, le périoste est dilacéré, détruit et l'os à nu. Cet os avait une couleur absolument normale, les canaux de Havers ne présentaient aucune modification. On ne fait pas de trépanation. Après avoir constaté par l'exploration digitale que le périoste n'était pas décollé sur les autres faces de l'os,

M. Delbet se borne à faire le drainage en avant et en arrière.

La cicatrisation s'est faite complètement. Six mois après l'opération, l'état est parfait.

Observation XX

(*Idem*)

Ostéomyélite du tibia.— Incision.— Trépanation.— Amputation.— Guérison.

Un jeune homme de 21 ans fut pris dans la soirée du 20 avril 1906 d'une douleur dans la cheville droite. Cette douleur le fit d'abord boîter, puis devint rapidement assez violente pour rendre la marche impossible ; le lendemain, il reste couché, souffrant beaucoup et se sentant fiévreux.

Il entre dans le service de M. Delbet le 26 avril, avec une température de 39°6, état général très grave. La jambe droite très tuméfiée présente un aspect lymphangitique qui fait porter le diagnostic de lymphangite.

Quand M. Delbet voit le malade, il est frappé de deux choses : l'aspect typhique du malade, la rareté et la couleur de ses urines, rappelant celle des urines phéniquées.

A l'examen de la jambe, outre la tuméfaction générale, on observe sur la partie inférieure de la face interne du tibia droit une zone plus saillante, où la peau présente un aspect plus brillant. La pression en ce point éveille une douleur atroce, qui arrache le malade à sa torpeur.

Le diagnostic d'ostéomyélite est alors porté et l'opération a lieu immédiatement.

Le périoste décollé n'avait pas cédé et le pus était uniquement sous-périostique. Lorsqu'il fut évacué, M. Delbet

fut frappé par l'aspect de l'os, qui était absolument celui d'un os normal. Pas de trépanation.

Le malade fut grandement soulagé par l'incision. Il sortit de son état de torpeur ; mais la marche de la température fut à peine modifiée. Craignant de ne pas avoir fait une intervention suffisante, M. Delbet se décida, au bout de quarante-huit heures, à faire la trépanation.

A l'ouverture de l'os, la moelle ne présentait aucune espèce d'altération. Elle n'était ni ecchymotique, ni trop rouge, ni trop jaune ; ellé avait sa coloration normale. Les trabécules osseuses n'étaient ni épaissies, ni raréfiées. Tout était absolument sain. Un stylet est introduit en bas, jusqu'au cartilage de conjugaison ; vers le haut, à plusieurs centimètres, il n'y avait rien d'anormal.

Deux jours après, le 2 mars, la température monte à 40 degrés. A la suite d'un grand lavage, elle baisse, mais pour remonter très vite. Tout le tibia devient douloureux ; le malade accuse bientôt des douleurs intolérables vers son extrémité supérieure. Il n'est pas douteux, cette fois, que le canal médullaire est infecté de bas en haut.

Le 12 mai, trépanation large à la partie supérieure ; issue de pus. La température s'abaisse immédiatement, mais pour remonter bientôt. L'os se nécrose en totalité, des fusées purulentes décollent les muscles ; le malade s'affaiblit.

Le 1er juin, on est obligé de faire l'amputation de la cuisse.

A partir de l'amputation, tout a bien marché. Le malade sort de l'hôpital le 7 juillet.

Observation XXI

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeiran.)
Ostéomyélite aiguë du tibia droit (forme sous-périostique).
Incision sans trépanation.— Guérison.

Le 2 février 1906, je fus appelé auprès d'une fillette de 14 ans, habitant Saint-Paul-et-Valmalle, qui présentait les signes d'une infection générale intense.

La maladie avait commencé seulement 3 jours auparavant et s'était marquée par une fièvre intense, 40°, 41°, avec frissons, céphalée, langue sèche, rougeur de la face, pouls précipité, 120-150 ; en un mot tous les symptômes récents et à grande allure faisaient penser à une pyrexie grave lorsque, le troisième jour, il se déclara au niveau de la partie inférieure de la jambe droite une douleur vive, avec gonflement et rougeur.

Examen. — La fillette présente tous les signes généraux précédemment indiqués ; mais notre attention est de suite attirée par une rougeur lymphangitique, très peu marquée d'ailleurs, au niveau de la face interne et de la partie inférieure du tibia droit. A ce niveau il existe une tuméfaction, peu précise encore dans ses limites, dure, douloureuse et non dépressive. Il n'existe pas de fluctuation ; mais la douleur à la pression de l'os et la tuméfaction, jointes aux signes de l'infection générale et à la notion de l'âge de la malade, nous font penser à un début d'ostéomyélite.

Opération immédiate. — 2 février 1906.

Anesthésie générale. — Large incision au niveau du tiers inférieur de la face interne du tibia ; le périoste est

ouvert et il s'écoule du sang mêlé à une petite quantité de pus. L'os est ruginé ; il n'est pas congestionné et il ne paraît pas enflammé ; pas de pus, percussion normale, canaux de Havers non dilatés ; ce qui fait que nous nous décidons à ne pas le trépaner, de peur de porter l'infection extérieure à cet os, au niveau du canal médullaire.

Drainage avec un tube.

Suites opératoires. — La température s'abaisse le lendemain et la malade guérit très rapidement. Un mois après elle se lève.

Observations XXII

(Inédite.— Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeiran.)

Ostéomyélite subaiguë du tibia. — Abcès sous-périostique.

Incision. — Drainage. — Guérison.

Dans cette observation, il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, qui, à la suite d'une inspection générale mal déterminée, présenta une inflammation au niveau du tibia gauche.

La malade, d'une bonne santé habituelle commença à souffrir au niveau du tibia un mois environ après cette infection (août 1907) ; une tuméfaction apparut avec fièvre le soir (38°-38°5) et bientôt une collection devint évidente.

Examen de la malade (30 août 1907). — Au niveau du tiers inférieur de la jambe gauche et sur la face interne du tibia, on voit une tuméfaction allongée suivant le grand axe de cet os, sur 8 centimètres environ, et occupant toute la largeur de l'os. La peau est déjà violacée ; la fluctuation n'est pas douteuse ; autour de l'abcès, un

bourrelet induré semble indiquer que le périoste et l'os sont atteints.

Opération le 2 septembre 1907. — Incision après anesthésie générale ; évacuation d'un pus épais, bien lié ; l'abcès siège sous le périoste de la face interne du tibia. Cette face interne, raclée à la rugine, ne laisse apercevoir aucune altération spéciale. Curage, thermo-cautérisation, teinture d'iode. Drainage.

Guérison assez lente, nécessitant 2 mois.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 22 janvier 1908
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 20 janvier 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Armand-Bernard. — Périostite aiguë suppurée. (Presse médicale, 14 décembre 1907.)

Barthez. — De la résection dans l'ostéomyélite. (Thèse Paris 1902.)

Bénedic. — Des inconvénients de la résection diaphysaire hâtive ou précoce dans l'ostéomyélite des os longs (Thèse, Nancy, 1900).

Bulletins de la Société de Chirurgie. — 1879-1907 (nos 27, 29, 31, 33).

Chassaignac. — Mémoires de la Société de Chirurgie, 1854.

— Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, 1859.

Duplay et Réclus. — Traité de Chirurgie.

Gangolphe. — Maladies infectieuses et parasitaires des os.

Gazette des Hôpitaux. — 1889-1901.

Gérard Marchand. — De la résection de l'ostéomyélite, 1889.

Kirmisson. — Art. Périostite phlegmoneux du Dictionnaire encycl. des Sciences médicales.

— Revue d'Orthopédie.

— Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur, 1890.

Isautier. — Ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus (Paris 1906).

Lannelongue. — De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance, 1879.

Le Dentu. — Traité de Chirurgie.

Legueu. — De la résection dans l'ostéomyélite des os longs. (Gazette des Hôpitaux, 1889.)

Ollier. — Traité des résections.

Pion. — Parallèle des différentes interventions chirurgicales dans les ostéomyélites aiguës. (Thèse de Paris, 1880.)

Presse Médicale. — 1902-1907 (nos 58, 89, 90).

Revue de Chirurgie, 1904.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !